FACULTE DE MEDECINE
PITIE-SALPETRIERE
UNIVERSITE PARIS VI

ANNEE 1973

THESE

N° 100

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Pierre AQUINO
Né le 14 août 1948 à PARIS 12e

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE. . . . . .

LA THYROTOXICOSE FACTICE

A propos d'une observation

Président : M. VIGNALOU, Professeur

EDITIONS MEDICALES EM ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

FACULTE DE MEDECINE
PITIE-SALPETRIERE
UNIVERSITE PARIS VI

ANNEE 1973

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean-Pierre AQUINO

Né le 14 août 1948 à PARIS 12e

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE. . . . . .

LA THYROTOXICOSE FACTICE

A propos d'une observation

Président : M. VIGNALOU, Professeur

EDITIONS MEDICALES Em ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

A MA MERE, A MON PERE

A MA TANTE, A MON ONCLE

A MA MARRAINE

A MON FILLEUL

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS.

A MON MAITRE LE PROFESSEUR VIGNALOU

Médecin de l'Hôpital d'Ivry

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui me fait l'honneur d'accepter
la présidence de ma thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance pour l'enseignement qu'il m'a prodigué, les conseils qu'il m'a donnés et la voie qu'il m'a tracée.

En respectueux hommage.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHON

Qui m'a inspiré ce travail,
m'a dirigé dans sa réalisation

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de ma gratitude et
de toute mon amitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BECK

Qui a bien voulu me faire bénéficier
de son expérience.

Qu'il soit assuré de mes remerciements
et de ma profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARRE

En témoignage du soutien qu'il
m'a accordé.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur WOLFROMM (in mémoriam)

Monsieur le Docteur DUPUIS

Monsieur le Professeur SICARD

Monsieur le Professeur PERTUISET

Monsieur le Professeur PAQUELIN

Avec toute ma gratitude .

L A T H Y R O T O X I C O S E F A C T I C E

A propos d'une observation.

I N T R O D U C T I O N

La thyrotoxicose factice révèle en général l'utilisation volontaire et clandestine de produits contenant des hormones thyroïdiennes. Cliniquement, elle réalise le tableau d'une thyrotoxicose pure. Malgré sa rareté, cette variété d'hyperthyroïdie ne doit pas être méconnue en raison des conséquences thérapeutiques néfastes que cela peut entraîner.

A l'occasion d'un cas démonstratif, il nous a paru intéressant, après en avoir rapporté l'histoire clinique et les examens biologiques, de dégager un certain nombre de notions pratiques.

R E S U M E D E L' O B S E R V A T I O N

C'est avec un diagnostic précis que Madame G..., âgée de quarante quatre ans, se présente à la consultation, adressee par son médecin traitant. Il a déjà conclu à une hyperthyroïdie pour laquelle il demande un bilan complet.

Depuis quelques mois, cette patiente se plaint de troubles du sommeil. Elle décrit clairement des épisodes de palpitations, mais surtout, elle est gênée par un tremblement fin et régulier des extrémités. Aucune modification de son cycle menstruel n'est à signaler. Pour compléter ce tableau, on retrouve une diminution de l'appétit avec une perte de poids de quatre kilogrammes.

Le médecin traitant, consulté en premier, avait fait faire quelques examens complémentaires dont voici les résultats :

- métabolisme basal sous Nembutal* à +79 %
- cholestérol total à I,92 grammes par litre
- P.B.I. à 9,5 µg/I00 ml (N : 5 ± 2)
- B.E.I. à 5,I µg/I00 ml (N : 3,5 ± I)
- urée : 0,38 g/ litre
- glycémie : 0,76 g/litre
- calcémie : 98 mg/litre

Sur ces données cliniques et biologiques, son médecin avait prescrit le traitement suivant :

- Avlocardyl*, deux comprimés par jour
- Valium* à 2 mg, trois comprimés par jour
- Seresta* à 10 mg, trois comprimés par jour.

Cette thérapeutique avait été poursuivie pendant quinze jours avant la consultation hospitalière, sans résultat positif.

L'interrogatoire ne révèle ni polydypsie, ni photophobie , ni diarrhée.

L'examen clinique donne les résultats suivants :

- Au niveau thyroïdien, la glande n'est pas augmentée de volume et il n'y a ni nodule, ni souffle, ni thrill.
- Il n'y a pas d'exophtalmie vraie et pas de rétraction des paupières supérieures.
- Le pouls bat à 120 par minute, pris bien au repos.
- Il n'y a pas de myxoedème prétibial.
- Il existe effectivement un tremblement modéré des extrémités, au repos.
- Les mains sont chaudes et moites.
- Le reste de l'examen n'apporte rien de plus.

Les antécédents sont peu nombreux et sans rapport apparent avec l'épisode actuel :

- Une tuberculose pulmonaire en 1949
- des vertiges vrais avec surdité de l'oreille gauche rattachés à l'utilisation de la Streptomycine lors du traitement de la tuberculose.
- Un ulcère de l'estomac en 1960 qui ne s'est pas manifesté depuis.
- Il faut aussi noter pour compléter ce tableau, qu'il s'agit d'une neurotonique de longue date, marquée par des problèmes familiaux et sociaux sur lesquels nous reviendrons.

En résumé, le tableau d'hyperthyroïdie est évident. Avant de choisir un traitement, la poursuite des examens complémentaires pour trouver une étiologie précise paraît effectivement souhaitable, comme le suggère le confrère généraliste. Ces examens donnent les résultats suivants :

- réflexogramme achilléen : 180 millisecondes (kinémomètre, normale de 220 à 260 millisecondes)
- fixation thyroïdienne de l'iode 131 nulle :
  - 2 % à la deuxième heure
  - 2 % à la sixième heure
  - 2 % à la vingt-quatrième heure

  (Service des Isotopes du Professeur Tubiana.
  Hôpital Gustave-Roussy)

- iode hormonal : 10,4 µg/100 ml (N : 4,5 ± 1)
- test de Hamolsky : 0,73 (N : comprise entre 0,10 et 0,20)
- recherche d'anticorps antithyroglobuline par réaction de Boyden : négative
- électro-cardiogramme : rythme sinusal à 130, sans autre anomalie.

Devant la fixation thyroïdienne nulle de l'iode 131, la scintigraphie ayant par ailleurs éliminé une ectopie thyroïdienne, il fallait rechercher soit la prise tellement fréquente d'un produit iodé quelconque, soit la prise méconnue ou même camouflée d'hormones thyroïdiennes.

- L'interrogatoire très poussé fait par les isotopistes, permit seulement de retrouver un produit "pour les ongles" contenant sans doute un peu d'iode.
- Quant à l'hypothèse d'une prise d'hormones, elle fut rejetée, car la malade assura à deux reprises ne prendre aucun médicament autre que ceux prescrits par son généraliste (dont aucun ne contenait d'iode ou d'hormones thyroïdiennes) .

C'est dans ce contexte d'hyperthyroïdie incontestable, d'importance modérée, qu'un traitement médical est alors décidé, le médicament choisi étant le Carbimazole (Néo-Mercazole*) à doses progressives jusqu'à la posologie de six comprimés par jour, soit 30mg/24 h.

sous surveillance hématologique. A cette thérapeutique, on associe du Diazépam "2" (Valium*) à la dose de trois comprimés par jour,et du Propanolol (Avlocardyl*) à la dose d'un demi-comprimé matin et soir.

Après trois semaines de traitement,aucune modification n'est notée : l'hyperthyroïdie est toujours nettement marquée, le pouls en particulier reste à I20.

A la cinquième semaine de traitement,l'état clinique de la patiente reste inchangé. On passe alors de 30 à 40 mg de Carbimazole. Cette modification de la thérapeutique fut sans conséquence, car un mois plus tard, le tremblement était inchangé, le pouls toujours supérieur à I20, le réflexogramme achilléen à I80 ms,l'iode hormonal à 6,4µg/I00ml. Tous ces éléments confirmaient la persistance de l'hyperthyroïdie. Devant les nouvelles affirmations de la malade, le caractère factice de l'hyperthyroïdie fut éliminé une seconde fois.

Compte-tenu de l'âge et devant l'échec du traitement médical, l'intervention chirurgicale est alors proposée à la malade qui l'accepta et on l'adressa à un chirurgien spécialisé. Il fut lui aussi frappé par le caractère apparemment normal de la thyroïde et tout à fait d'accord pour refaire, comme nous le suggérions, tous les examens, afin de ne l'opérer qu'une fois le diagnostic de thyrotoxicose factice formellement éliminé. C'est au cours de cette hospitalisation pré-opératoire que l'interne découvrit dans les affaires de la malade, à l'insu de celle-ci, la cause précise du tableau clinique : un produit à base d'extraits thyroïdiens, le "DELTOVA*", chaque comprimé de ce produit contenant :

- Poudre d'ovaire : 0,05 g
- Poudre de thyroïde : 0,05 g
- Digitalis purpurea : 0,0025 g
- Phénolphtaléine : 0,025 g

Ce produit, dont on peut légitimement se demander comment il a pu conserver son visa, est présenté comme un traitement de l'obésité sous toutes ses formes (et il est précisé qu'aucun régime spécial n'est nécessaire !), de la constipation (extraits thyroïdiens et phénolphtaléine), des troubles des règles (extraits d'ovaire !). Quant à la digitale, sans doute est-elle là pour contrebalancer la tachycardie thyroïdienne (or chacun sait que la digitaline est justement inefficace dans ce cas !).

A la suite de cette trouvaille, la thyrotoxicose factice ne fit alors plus de doute. La patiente, non tenue au courant de cette découverte, nia longtemps la prise de médicament autre que ceux prescrits. Son attitude entre dans le cadre d'un tableau psychopathologique assez complexe :

- la crainte de grossir fut la motivation initiale de la prise du médicament. Ce produit lui fut prescrit par un autre médecin que son généraliste habituel.
- Mais on retrouve chez cette neurotonique plusieurs épisodes de sa vie venant renforcer sa détermination :
  - . mise en invalidité en 1963 pour vertiges.
  - . pas d'enfant malgré les souhaits de la patiente.

. difficultés avec un garçon de huit ans dont elle avait la charge et qu'on menaçait de lui enlever.

o o
o

Au total, il s'agit donc d'une thyrotoxicose factice par absorption volontaire et camouflée d'un produit contenant des doses importantes d'extraits thyroïdiens ayant failli aboutir à une thyroïdectomie à laquelle la patiente consentait.

C O M M E N T A I R E S

La thyrotoxicose factice, décrite pour la première fois en I94I par PERKIN, se présente donc comme une thyrotoxicose plus ou moins intense, mais isolée, sans goitre, ni exophtalmie vraie, survenant sur un terrain névrotique, voire psychotique.

Elle est, bien entendu, à distinguer sur le plan nosologique de la thyrotoxicose iatrogène, c'est-à-dire celle où l'utilisation de produits contenant des hormones thyroïdiennes se fait au grand jour sur prescription médicale. Dans certains cas, il s'agit d'hypothyroïdie surdosée en opothérapie (la surveillance régulière des malades doit permettre de faire rapidement le diagnostic et de diminuer les doses). Dans la plupart des cas, malheureusement, il s'agit de la prescription comme médicament essentiel ou adjuvant d'un régime amaigrissant. Malgré de très nombreuses mises en garde, les dérivés thyroïdiens continuent d'être prescrits largement dans l'obésité commune. Pourtant celle-ci ne comporte aucune note hypothyroïdienne (le métabolisme de base est faussé chez l'obèse). Surtout, si l'on veut faire maigrir avec des hormones thyroïdiennes, il faut dépasser la quantité fabriquée quotidiennement par la glande et créer une véritable hyperthyroïdie avec tous les ennuis que cela comporte. Or même si cette attitude était logique, on sait maintenant depuis les travaux de KYLE et BALL que l'amaigrissement obtenu se produit beaucoup plus aux dépens de la masse maigre que de la masse grasse, ce qui est un comble.

Biologiquement, dans la thyrotoxicose factice, il existe un hypermétabolisme périphérique jugé sur le réflexogramme achilléen, le cholestérol total, l'iodémie hormonale plus ou moins élevée et surtout une fixation d'iode I3I effondrée. L'aveu de l'utilisation de produits thyroïdiens permet d'affirmer le diagnostic, mais il est rare de l'obtenir. Aussi en son absence, d'autres syndromes comportant une hyperthyroïdie avec captation thyroïdienne effondrée doivent-ils être discutés :

- la maladie de Basedow et l'adénome toxique avec saturation iodée,
- l'hyperthyroïdie paranéoplasique
- le goitre ectopique hyperfonctionnel
- la thyroïdite subaigüe
- l'iod-Basedow

Nous envisagerons donc successivement :

- les signes habituels de la thyrotoxicose factice
- les diagnostics différentiels qui se posent
- l'évolution et le traitement .

TABLEAU HABITUEL DE LA THYROTOXICOSE FACTICE A PARTIR DES PUBLICATIONS DE LA LITTERATURE.

Sur le plan clinique, on retrouve tous les signes de l'hyperthyroïdie, c'est-à-dire le tremblement, la thermophobie, la soif, les sueurs, l'amaigrissement, la tachycardie. Mais quatre points particuliers doivent attirer l'attention :

- dans la plupart des cas, et notre malade fait exception à cette règle, les patientes(il s'agit toujours de femmes) appartiennent aux professions paramédicales ou vivent dans un entourage médical. Ce point sera developpé plus loin.

- les troubles psychologiques associés sont assez différents de ceux que l'on rencontre dans la maladie de Basedow et en particulier il n'y a pas à l'interrogatoire de stress psycho-affectif déclenchant précis .

- on ne palpe pas en principe la thyroïde,mais ceci n'est pas un argument formel. Elle pourrait être ectopique ou par hasard la malade pourrait être porteuse au préalable d'un goitre simple.

- s'il peut exister une rétraction de la paupière supérieure, il n'existe jamais d'exophtalmie vraie et jamais de myxoedème pré-tibial. Mais on sait que certaines maladies de Basedow ne comportent pas d'exophtalmie.

Sur le plan biologique, les épreuves peuvent être divisées en deux catégories : celles qui confirment l'hyperthyroïdie et celles qui affirment le caractère factice.

I) Confirmation de l'hyperthyroïdie :

- le réflexogramme achilléen est constamment raccourci ;

- le taux de cholestérol total est en général diminué, mais tout dépend du niveau dont on part et les variations sont extrêmement grandes, ce qui retire beaucoup de valeur à cet examen dans l'hyperthyroïdie ;

- l'étude du métabolisme de base, examen difficile, grevé de nombreuses sources d'erreur, ne devrait plus être pratiquée ;

- le dosage d'iode hormonal montre en général des taux élevés, mais certaines observations comportent des chiffres normaux. Cela s'explique par la composition du médicament employé : si celui-ci est essentiellement à base de triiodothyronine, celle-ci échappe au dosage et exerce d'autre part une action beaucoup plus freinatrice sur la T4 du malade ;

- La fixation d'iode I3I est constamment effondrée à des chiffres tels qu'aucune scintigraphie de la glande n'est possible ;

- le test de Hamolsky est bien entendu dans la zone d'hyperthyroïdie.

2) Affirmation du caractère factice :

- l'idéal serait évidemment de disposer d'un dosage de T.S.H.. Dans ce cas, il serait effondré et mettrait sur la voie du diagnostic dans la mesure où la scintigraphie n'aurait pas montré de nodules chauds. La thyrotoxicose factice réalise un véritable test de Werner prolongé, mettant au repos la sécrétion de T.S.H.

- en fait, la seule épreuve valable est le test de Querido : l'injection de IOO unités de T.S.H. par jour pendant trois jours, fait réapparaître discrètement mais d'une manière significative la fixation et l'image de la glande. Ce test n'a pas été fait chez notre malade dans la mesure où le diagnostic a été porté grâce à la découverte du produit. Ce test a pourtant des limites et est mis parfois en défaut. Quelques observations de la littérature comportent un Querido négatif. Il s'agissait dans ce cas soit d'une saturation iodée associée, soit d'une thyroïde déjà "limite"(moignon de thyroïdectomie, thyroïdite), soit surtout d'une mise au repos de la glande depuis trop longtemps pour qu'un seul test la réveille(cf. chapitre évolution).

Il n'y a donc pas de test formel permettant d'assurer le diagnostic au cas où l'on ne peut prendre la malade en flagrant délit. C'est dans ce cas, après discussion des autres diagnostics qui peuvent se poser, qu'un test thérapeutique d'isolement hospitalier constitue l'ultime recours. Cet isolement complet et extrêmement surveillé, car l'imagination des malades est fertile, permet de voir la régression des signes cliniques et biologiques et de réaliser en même temps un traitement de déconditionnement psychologique.

Profil psychologique de la thyrotoxicose factice. En toile de fond, on retrouve dans tous les cas décrits, le profil psychonévrotique, pour ne pas dire psychotique de ces malades. Les études de ROSE et celles de SALTIEL ont permis de dégager certains traits psychopathologiques témoignant une structure hystérique : immaturité affective, tendance à la conversion somatique, dépendance affective à l'égard de l'entourage, fixation étroite à l'image maternelle. On retrouve ainsi mêlées une agressivité ambivalente et une revendication affective. La thyrotoxicose factice peut constituer un mode de fuite d'une situation ressentie comme traumatisante et masquer des tendances dépressives sous-jacentes.

Ce contexte psychonévrotique majeur fait de ces patientes d'authentiques toxicomanes. Il conditionne le pronostic.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

On concoit facilement que chemin faisant un certain nombre de diagnostics différentiels soient à discuter, aussi bien en fonction du tableau clinique que du tableau biologique. Nous allons les passer successivement en revue.

L'Iod-Basedow.

Il s'agit d'un problème débattu depuis de très nombreuses années et d'autant moins simple que l'on sait que d'authentiques hyperthyroïdies ont été traitées avec succès par l'iode, si bien que le déclenchement par l'iode d'une hyperthyroïdie peut paraître paradoxal.

- Les choses sont relativement faciles quand il s'agit d'un goitreux qui reçoit un sel iodé à titre prophylactique. Des travaux incontestables ont montré qu'un certain nombre de ces sujets (porteurs d'un goitre endémique aussi bien que porteurs d'un goitre par trouble de l'hormonogenèse) peuvent développer pendant leur traitement une hyperthyroïdie pure, donc d'origine thyroïdienne directe. Il semble que ces hyperthyroïdies correspondent à ce que GILBERT - DREYFUS appelle les goitres multi-hétéronodulaires toxiques, qui peuvent d'ailleurs se voir, et c'est le cas habituel, en dehors de tout traitement iodé. LAMBERG estime que le rôle de l'iode comme facteur déclenchant des poussées sur ce type de goitre est sous-estimé. Il semble ainsi qu'une dose massive d'iode inhibe son organification thyroïdienne et puisse avoir un effet anti-thyroïdien, alors que des

doses régulières, mais modestes, augmentent au contraire l'incorporation et peuvent stimuler la secrétion, aboutissant ainsi, sur des glandes anormales, à une hyperthyroïdie.

On conçoit très bien que, si l'iode continue d'être administré, la fixation thyroïdienne soit alors nulle, mais la palpation du goitre suffit à faire envisager le diagnostic.

- Mais l'iod-Basedow peut aussi être l'hyperthyroïdie apparaissant chezun sujet à thyroïde normale au cours ou au décours d'un traitement iodé.

Le traitement iodé peut être extrêmement varié dans son expression. Les plus fréquemment rencontrés étant le Lipiodol intra-musculaire généralement prescrit il y a quelques années dans les rhumatismes chroniques, des quinoléines iodées dans les maladies intestinales, le benzodiarone (Amplivix*) dans la goutte, l'amiodarone (Cordarone*) dans l'angine de poitrine. Il peut s'agir aussi de produits de contraste radiologique (urographie, voies biliaires et plus récemment artériographie et lymphographie).

La plupart des cas publiés sont en réalité l'association d'une hyperthyroïdie basedowienne ou nodulaire toxique à une surcharge iodée qui va d'ailleurs considérablement gêner les explorations et le traitement en inhibant la fixation thyroïdienne de l'iode I3I et ce parfois définitivement (Lipiodol). Quand l'hyperthyroïdie s'est installée très rapidement après la surcharge iodée et si elle disparaît avec elle, on peut alors parler d'hyperthyroïdie par surcharge iodée ; en fait, il n'y a pas d'observation typique

dans la littérature permettant de conclure à l'existence de ce type d'hyperthyroïdie.

On peut donc dire avec SCHAISON et GILBERT-DREYFUS qu'il existe :

. des thyrotoxicoses basedowiennes ou non, révélées par l'iode ;

. des hyperthyroïdies passagères induites par l'iode, mais qui ne verseront dans une thyrotoxicose vraie et durable qu'à titre de coïncidence fortuite ou à la faveur de terrains prédisposés. De toute façon, il ne s'agit, en aucun cas, d'une maladie de Basedow, et le terme d'iod-Basedow doit donc être rejeté.

Il n'empêche qu'en pratique courante, on peut donc rencontrer une hyperthyroïdie avec saturation iodée.

Basedow avec saturation iodée.

Les hyperthyroïdies habituelles, généralement basedowiennes avec saturation iodée sont très fréquentes car l'emploi de l'iode en exploration radiologique et en thérapeutique est extrêmement répandu et même trop. La physiologie explique cette non-fixation. Le pool iodé devient énorme et dans ces conditions, on assiste à la fois à une véritable dilution de la dose traceuse et à la diminution de la captation des iodures.

Certains de ces produits sont éliminés rapidement (iodures minéraux), d'autres sont éliminés plus lentement (produits utilisés

en radiologie, Cordarone*, Amplivix*). Certains ne disparaissent jamais ou extrêmement lentement (Lipiodol intra-musculaire d'ou l'interêt d'une radiographie de bassin systématique avant un iode I3I , Lipiodol intra-rachidien, lymphographie).

Le cas des produits contenant des hormones thyroïdiennes est différent sur le plan physiologique, car à l'augmentation du pool iodé, s'ajoute un véritable freinage de la secrétion de T.S.H. aboutissant à une non-captation thyroïdienne de l'isotope traceur.

En ce qui concerne les dosages d'iode hormonal, les techniques actuelles d'extraction sur résines permettent d'éliminer pratiquement toutes les surcharges en iodures minéraux (alcool iodé). L'iode total est très élevé, mais l'iode hormonal est normal ou élevé s'il y a une hyperthyroïdie. Il n'en est pas de même avec certains iodures organiques comme la Cordarone ou l'Amplivix qui ne peuvent complètement être séparés. En ce qui concerne les hormones thyroïdiennes contenues dans des produits pharmaceutiques, rien ne permet de les différencier dans ce dosage.
Il nous a paru interessant d'indiquer maintenant une lise de produits contenant de l'iode ou des hormones thyroïdiennes susceptibles de gêner la fixation thyroïdienne de l'iode I3I ou les dosages d'iode plasmatique.(Liste en fin de texte).

Thyroïdites subaiguës.

Le tableau d'une hyperthyroïdie avec fixation thyroïdienne de l'iode I3I effondrée peut être réalisé dans les thyroïdites subaiguës type De Quervain et dans certaines variétés de Hashimoto d'évolution assez rapide. En effet, au début de ces thyroïdites, des manifestations cliniques d'hyperthyroïdie sont fréquentes (thermophobie, nervosité, palpitations) coexistant avec un réflexogramme achilléen court, un iode hormonal élevé, traduisant la libération d'hormones thyroïdiennes, alors que la fixation d'iode I3I est déjà effondrée. Cela évidemment peut prêter à confusion avec le tableau de thyrotoxicose factice. Mais en général, il existe un goitre de consistance particulière et surtout une nouvelle fixation avec stimulation par la T.S.H. (test de Querido) ne montre pas de changement alors que dans la thyrotoxicose factice, on peut arriver à "réveiller" la fixation d'iode I3I (un seul cas fait exception dans la littérature : association des deux pathologies).

Hyperthyroïdies paranéoplasiques.

Cette variété d'hyperthyroïdie ne pose en principe aucun problème diagnostique avec les thyrotoxicoses factices puisque la fixation d'iode I3I y est constamment élevée. En effet l'hormone secrétée par la tumeur n'est pas une hormone thyroïdienne (qu'éteindrait la fixation comme celle d'un adénome toxique), mais une hormone chimiquement semblable à la T.S.H. hypophysaire augmentant donc la fixation.

Aussi faudrait-il pour que le problème se pose y adjoindre une saturation iodée. On ne connait pas d'observation de ce type.

Hyperthyroïdie basedowienne ou nodulaire toxique sur thyroïde ectopique.

Il s'agit d'une circonstance rarissime. Le diagnostic est facilité s'il existe en plus des signes d'hyperthyroïdie des signes de compression loco-régionaux. Mais ceux-ci peuvent manquer. Parmi les localisations possibles, citons le goitre lingual, le goitre intra-trachéal, le goitre cervical, le goitre endothoracique. C'est la scintigraphie du corps entier (scanning) qui permet de porter le diagnostic. Cet examen localise un foyer hormonal hyperproductif extra-thyroïdien, contrastant avec une glande thyroïde éteinte.

EVOLUTION ET TRAITEMENT

Dans le pronostic, il faut tenir compte de deux facteurs : la prise d'hormones, la structure psychonévrotique.

Evolution de la thyrotoxicose.

Elle est réversible dans les semaines qui suivent l'arrêt de la prise du médicament. Il y a une réapparition rapide du rétrocontrôle, ce qui est un trait distinctif par opposition à la maladie de Basedow.
A côté de cette guérison par réversibilité, une hypothyroïdie secondaire peut apparaître. Cette mise au repos définitive de la thyroïde est susceptible de se produire à la faveur de circonstances favorisantes (goitre préexistant à la prise d'hormones, saturation iodée associée). Les incidences psychologiques sont fâcheuses dans ce cas précis. En effet, elle conduit à instaurer "officiellement" cette fois-ci, une opothérapie thyroïdienne justifiant ainsi les agissements de la patiente.

Evolution de structure psychonévrotique.

C'est le problème majeur. Cette évolution peut se faire de plusieurs manières. La malade a avoué sa supercherie et renonce à prendre des hormones thyroïdiennes. Cette éventualité reste rare. Le plus souvent, il est impossible d'obtenir le renoncement à cette toxicomanie, la malade trouvant en elle une justification à ses revendications et une déculpabilisation en attirant l'attention du médecin. Devant la continuation, l'hyperthyroïdie métabolique s'accentue ,

l'état général se dégrade aggravant le syndrome dépressif. Enfin, un nouveau phénomène de conversion somatique peut se produire : il y a abandon du toxique au profit d'autres manifestations pathologiques.

En ce qui concerne notre malade, nous ne savons pas ce qu'elle est devenue et nous ne pouvons donner de précisions évolutives.

Traitement

Le traitement est aisé en soi : il consiste à supprimer l'apport exogène des hormones thyroïdiennes entraînant en quelques semaines la disparition de tous les symptômes cliniques et biologiques.L'utilisation des béta-bloquants est un point appréciable en attendant. Ceci n'est possible qu'en milieu hospitalier où l'on isolera la patiente sous surveillance stricte. En réalité, le succès thérapeutique dépend du traitement du fonds mental hystérique. Dans ce but, on utilisera une chimiothérapie aidée d'une psychothérapie. La prise en charge en milieu psychiatrique est indispensable tout en sachant que le pronostic devra toujours être réservé.

C O N C L U S I O N

Nous avons rapporté ici un cas de thyrotoxicose factice. Cette observation est démonstrative et elle nous a permis d'en dresser le tableau.

Dans le groupe des hyperthyroïdies, la thyrotoxicose factice s'individualise par ses circonstances de survenue, ses discordances cliniques et biologiques. C'est pour ces raisons que le praticien est souvent dérouté mais il est important de porter précocément le diagnostic afin d'éviter de s'engager dans des explorations pouvant aboutir à une thérapeutique chirurgicale.

Le traitement de la thyrotoxicose factice est simple en soi : il se résume à un déconditionnement. Mais le pronostic par contre demeure réservé en raison même du fonds mental hystérique de ces patientes, ce qui remet toujours en question la guérison.

LISTE DES MEDICAMENTS CONTENANT DE L'IODE

SPECIALITES	IODE minéral	IODE organique
cétiodone		+
coégenol	+	
lipiodone		+
lcool iodé		
lgoplasma	+	
mpamélis P vit. C	+	
mplivix		+
mplivix sédatif		+
mpoguinal		+
nynoral	+	
nartril		
nkylosyl	+	
ntialgos		
ntiphlogistine	+	
nusol Hydrocortisone	+	+
séniode Buriat	+	
sthmalgine	+	
sthmasédine	+	
sthmédrine	+	
sthmoactine	+	
sthmyl	+	
ubéliode		+
udigénine		+
vol		+

SPECIALITES	IODE minéral	IODE organique
Bain Carré	+	
Banikol	+	
Bardane Arseniée	+	
Baume Iki	+	
Biloptine		+
Bismulage (Bismulogeais)		+
Brévicurarine	+	
Bronchocilline	+	
Cafédrine	+	
Calcidrine	+	
Calcionamide		+
Catarluse		+
Catéchiode	+	
Cellulibat	+	
Cellocurine	+	
Chloral Iode		
Colchimax	+	
Collocrine		+
Colloïdine Laleuf		+
Colloiode		
Collyres		
Chibret		
Dulcis	+	
Martinet		

	minéral	organique
mplexe Ovarien Caldo		
ntrix et Médio ou Angio Contrix		+
rdarone		+
rtiode	+	
avon Dacour	+	
inosthényl		+
inoptensyl		+
uxol		+
proxane Iodée		+
ramida Chapellier	+	
rozéma		+
clo 3		
lbiase	+	
noral	+	
puratif Richelet		
selmine	+	
sensibilisine		+
énoral		
luène		
lvasène	+	
obène		+
odone-Diodrast=		+
iodoxyquinoléine		+
oparine		+
rexiode		+
salgyl		+
scolipiodol		+
urétine Iodocalcique		

	minéral	organique
Dysarène Ana		+
Elixir du docteur Dupeyroux	+	
Embryohormone		+
Endocrysine		+
Entéro-Granulé Delalande		+
Entéro-Vioforme		+
Ephasma	+	
Ephéiodine	+	
Eranol	+	
Eupnine	+	
Felcan à l'Amidopyrine		+
Flaviode		+
Flaxedil	+	
Floculvzine		+
Fludiose	+	+
Fluxidia	+	
Fondigène		+
Fuca		
Gadistol Iodé		+
Galagerm	+	
Glucalcium Iodure à la vitamine C	+	
Granion	+	
Guisclérine	+	
Gynaspa		+
Gynopausine		+
Hamaméliode P	+	
Hamiodure	+	

	minéral	organique
magénine	+	
mofluine		+
dathymine		+
giodine	+	
drast		+
ile de foie de Morue		+
A.M.	+	
uviran		+
adrox		
daméliode		
ocalo Iodé		
damélis=	+	
daphyline	+	
dargol		
dasentine Salicylée	+	
dasmine		
déine Montagu	+	
déol Externe		+
dex		+
dhéma		+
docalcique Dulcis	+	
docirculine		
docitrane		+
docyanyl		
doforme Dulcis		+
dogénol		+
dogluthional		+
dolirine	+	
domaisine		

	minéral	organique
Iodone	+	
Iodone Esculoside	+	
Iodopaque		+
Iodopirine		+
Iodorganine		+
Iodorubidium	+	
Iodosmose	+	
Iodosoufryl	+	
Iodospartéine	+	
Iodotensyl	+	
Ioducyl		
Iodulane		
Iodure de Magnésium Borne	+	
Iodure de Magnésium Chatelain	+	
Ioduro Calcique Pos	+	
Iodoligosol	+	
Ionyl	+	
Ioquin		+
Isothionaiodine	+	
Jouvence de l'Abbé Souri		
Kiadone	+	
Lemonai	+	
Levure Métallisée Sorbic	+	
Levure Vannadium Iodé	+	
Lexiode		+
Lipiodol		+
Lipiodol Ultra Fluide		+
Liviscor M	+	
Lobarthrose	+	

	minéral	organique
obélyne Charron	+	
vsiode		
vxanthine Astier		+
ugol		
agnésiode	+	
arinol		+
lédéiod Intestinal		
lédiatonal	+	
éthiodal		+
énalgol		+
exaforme		+
icelliode	+	
onophène		+
orisland	+	
orucalose		
aiodine Iodée	+	
aiodine Vitaminée B I		
aiodine forte vitaminée B I		
éol Bottu	+	
éosaliode		+
éosaliode Externe		+
éoséti		
usyl	+	
utrigène	+	
ligocalcium	+	
ode Oligosol	+	
poiodamélis		
posylka		+
povéinogène	+	

	minéral	organique
Opovéinos		+
Orabilix		+
Ovules Iodéol		+
Paraiode	+	
Parasclérose	+	
Phakiodol		
Phoscalcium		+
Plasmarine		+
Pneumogéine	+	
Pommade au Lipiodol		+
Phéniodol		
Priamide	+	
Propilix		+
Psorène	+	
Ptéridax		+
Puéricirine Glutanique		+
Pyriode	+	
Quinby	+	
Quotivit OE	+	
Radiosélectan		+
Rénurix		+
Rhodiacarbine		+
Rob Cabanes	+	
Robober	+	
Roziode		+
Rucronyl		+
Savon à l'iodure de Potassium Obarlin	+	
Sédofluine	+	

	minéral	organique
énectutan	+	
entiderm	+	
éti	+	
olubilontine		+
ommières au Pentavit B	+	
nasmothyrine		
tilliderme à l'Iode		
trongénol	+	
ulfiode	+	
ulfosalyl		+
uppo Iodargol		
uppo Crinol		+
uppo Pancalcion		
uppasmine	+	+
ynthélix		+
élévaque		+
étrapongyl		+
hiamalgyl	+	
hiodacaine		+
hiodérazine vitaminée BI		+
hiodérazine Perlinguale		+
hionaiodine	+	
iémozyl	+	
inardon	+	
inardon D 2	+	
iniiodine		
otal G		
otal Magnésium	+	
rachyl		

	minéral	organique
Tropézal	+	
Trynol		
Uroiodine Vit. C	+	
Vasurix		+
Véinhémone		+
Véinosine		+
Véinotonyl	+	
Vésipaque		+
Viburniode	+	
Vioforme Hydrocortisone		+
Viscéralgine	+	
Vitaiodurol		

PRODUITS CONTENANT DES HORMONES THYROIDIENNES

Biotirmone	comprimé dosé à 0,002g de D-Thyroxine
Cynomel	comprimé dosé à 26 microgrammes de triiodothyronine
Débétrol	comprimé dosé à 2 mg de D-Thyroxine
Dellova	comprimé dosé à 5 cg d'extraits thyroïdiens (ou IOcg)
Halothyrone	comprimé dosé à 0,6 mg de Thyroxine
Iodorganine	comprimé dosé à 0,075 g de Thyroïdine
Lipolysine	0,326 g d'extraits thyroïdiens pour trois comprimés
Opopédol	I cuiller à café contient 5 cg d'extraits thyroïdiens
Panglandine	comprimé dosé à 0,0004 d'extraits thyroïdiens
Percutacrine thyroxinique	I ampoule contient 4 mg de thyroxine
Pléthoryl	I comprimé contient 500 mmg de TRIAC
Prothyrine	I comprimé correspond à 0,25 mg de Thyroxine
Thyroglobuline Substantia	comprimés à IO, 65 et IOO mg de poudre de thyroïde
Thyroboline	comprimés à I et 5 cg d'hormones thyroïdennes
Thyroïde Jean Roy	ampoules à 0,40 et 0,05 g de thyroïde fraîche
Thyroïde lyophilisée Laphal	I dragée contient 60 mg de poudre de thyroïde
Thyroïde lyophilisée Sinbio	ampoules à 0,40 et 0,IO g de thyroïde fraîche
Extrait thyroïdien Choay	comprimés à I,5 et IO cg de glande thyroïde
Thyroïdine Berthier	comprimé à 0,05 g d'extraits thyroïdiens
Thyroïdine Bouty	comprimé contenant 0,IO g de poudre de thyroïde
Thyroxine Roche	ampoule à I mg de Thyroxine
	comprimé à 0,5 mg de Thyroxine
	goutte 2 mg de thyroxine par ml.
Trithyrone	comprimé de 25 microgrammes de Triiodothyronine

Vu, le Président de Thèse :

Professeur VIGNALOU

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur CASTAIGNE

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

ATKINSON J.B.
Factitial thyrotoxic crisis induced by dextroamphetamine sulfate and thyroid.
Ann. Int. Med. 1954, 40 : 615

BARTELS E.C. and G.F. HIGGINS
Grave's disease following thyroid administration.
Lahey Clinic. Bulletin, 1955, 9 : 81

BRAIN W.R.
Exophtalmos following the administration of thyroid extract.
Lancet, 1936, I : 182

BRICAIRE H., SALTIEL H. et PHILBERT M.
La thyrotoxicose factice.
Rev. Prat.1973, 23, 923-939

BRUUN E.
Exophtalmic goiter developing after treatment with thyroid preparation.
Acta Med. Scand. 1945, 122 : 13

CHAMOWITZ D.L., M.H.SLEISENGER and A.S. FREEDBERG
Thyrotoxicosis factitia.
Am. J. of Med. 1956, II : 255

CORMON J.R., CHOISY H. et VALEYRE J.
Liste des médicaments contenant de l'iode perturbant l'exploration fonctionnelle de la thyroïde.
Ann. med. de Reims, 1968, 5 : 67-70

FARQUHARZON R.F. and A.H. SQUIRES
Inhibition of the secretion of the thyroid gland by continued ingestion of thyroid substance.
Tr.A.Am. Physician, I94I, 56 : 87

GILBERT-DREYFUS et G. SCHAISON
Le problème de l'iod-Basedow
In "La Thyroïde ", 2, 373-379, l'Expansion Edit. Paris I972

GUINET P. et J. TOURNIAIRE.
L'Hyperthyroïdie survenant en cours d'administration d'hormones thyroïdiennes.
La thyroïde. Expansion Edit. Paris, I963, p.II

HORWITZ M.
Thyrotoxicosis following thyroid extract administration.
Clin. proc. I947, 6 : 263

HURXTHAL L.M.
Experience with the use of dessicated thyroid: methods of detecting self-induced hyperthyroidism with a report of a case in which auricular fibrillation occured.
N.Y. State J. I944, 44 : 227

JOHNSTON M.W., A.H. SQUIRES, R.F. FARQUHARSON.
Effect of prolonged administration of thyroid.
Ann. int. Med. I95I, 35 : I008

LAROCHE G. et Y. BARRE
Les thyréotoxicoses thyroxiniques.
Actualités Endocrinologiques, 3e série. L'Expansion Edit. I962, p. 69

LEVY R.P. and W.G. GILBER
Acute thyroid poisoning. Report of a case.
New England J. Med.I957, 256 : 459

MEANS S.H.
Thyrotoxicosis factitia : a letter to the editor.
J. Clin. Endoc.I949, 9 : I432

PERKIN H.S.,M.D.Mc FARLAND and L.M. HURXTHAL
Temporarily induced thyrotoxicosis from secretly ingested dessicated thyroid : its detection by blood and uinary iodine estimations :preliminary report.
Lahey Clin. Bull.I94I, 2 : I86

PHILBERT M.
La thyrotoxicose factice.
In " La thyroïde ", 2, 354-372 I'Expansion Edit.Paris I972

RIGGS D.S., E.B. MAN and A.W. WINKLER
Serum Iodine of euthyroid subject treated with dessicated thyroid.
J. Clin. Investig. I945, 24 : 722

SCHOTTSTAEDT E.S. and M. SMOLIER
Thyroid storm produced by acute thyroid hormone poisoning.
Ann. Int. Med. I966, 64 : 847

SKANSE B.N. and D.S. RIGGS
Thyrotoxicosis factitia (alimentary thyrotoxicosis) ; its differenciation from spontaneous thyrotoxicosis with the aid of radioactive iodine.
J. Clin. Endoc. I948, 8 : 532

VIGNALOU J. et J.P. BOUCHON
Les goitres simples .
Maloine Edit. Paris I968